



***Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung des Gesundheitssystems  
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)***

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0252(6)  
vom 07.07.03**

**15. Wahlperiode**

***Vorbemerkung***

Die Arbeit am geplanten neuen Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz ist in die entscheidende Phase eingetreten. Noch im Juni 2003 soll mit den Lesungen im Bundestag begonnen werden.

Der Deutsche Schwerhörigenbund, die Interessenvertretung schwerhöriger und ertaubter Menschen in Deutschland, verfolgt den Gesetzgebungsvorgang von Anfang an und verknüpft mit dem neuen Gesetz die Erwartung, dass das 1988 im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen eingeführte Instrument der Festbeträge für Hörgeräte einer kritischen Überprüfung unterzogen wird. Es ist dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung seit längerem bekannt, dass die Situation bei der Hörgeräteversorgung immer schlechter wird und die Zuzahlungen der Betroffenen immer höher werden. Nach Aussage des IKK-Bundesverbandes sind heute nur 20 % aller Versorgungen zum Festbetrag vorgenommen. Für hochgradig schwerhörige Menschen stehen keine Festbetragsgeräte zur Verfügung. Zuzahlungen zwischen 2000 und 5000 Euro sind keine Seltenheit.

Mit Enttäuschung stellt der Deutsche Schwerhörigenbund fest, dass Korrekturen im neuen Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz nur ansatzweise vorhanden sind. Sie sind eventuell ein Schritt in die richtige Richtung, gehen aber nicht weit genug, um für schwerhörige Menschen die Situation tatsächlich kurzfristig zu verbessern und eine Integration in die Gemeinschaft zu ermöglichen.

**DSB-Geschäftsstelle**  
Breite Straße 23  
13187 Berlin  
Telefon: (030) 47 54 11 14  
Telefax: (030) 47 54 11 16  
Email: [dsb@schwerhoerigkeit.de](mailto:dsb@schwerhoerigkeit.de)  
<http://www.schwerhoerigkeit.de>

**Bankverbindung**  
Bank für Sozialwirtschaft  
BLZ 100 205 00  
Konto: 3 133 400  
**Bundesgeschäftsführer**  
Detlev Schilling

**Vorstand**  
Dr. Harald Seidler (Präsident)  
Adolf Becker (Vizepräsident)  
Matthias Leschke (Schatzmeister)  
Hans Brotzmann (Schatzmeister)  
Patricia Lista (Bundesjugend)  
Hans-Jürgen Meyer (Sport)

Mitglied im  
**PARITÄTISCHEN** Wohlfahrtsverband

Mitglied in der  
Bundesarbeitsgemeinschaft  
Hilfe für Behinderte (**BAGH**)

Der Deutsche Schwerhörigenbund bittet, die nachfolgenden Änderungsvorschläge im geplanten Gesetz zu berücksichtigen.

## ***I. Hilfsmittelversorgung***

### **A) Festbeträge**

Am 17. Dezember 2002 hat das Bundesverfassungsgericht zu den Festbeträgen für Hilfsmittel festgestellt, dass eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip mit der Festbetragsfestsetzung nicht verbunden ist und Versicherte sich nicht mit einer Teilkostenerstattung zufrieden geben müssen. Das Bundesverfassungsgericht stellt darüber hinaus eindeutig fest, dass Medizin und Pharmakologie sowie der Markt sich ständig verändern. Dem ist Rechnung zu tragen, um die Versicherten nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse und der Technik angemessen zu versorgen.

Der Deutsche Schwerhörigenbund wertet es als positiv, dass der Gesetzentwurf daraus folgernd vorsieht, dass Festbeträge zukünftig bundeseinheitlich festzusetzen sind und mindestens einmal jährlich zu überprüfen sind.

Eine Festbetragsregelung auf dem derzeitigen Niveau ist für den Deutschen Schwerhörigenbund allerdings unakzeptabel. Es stellt sich die Frage, wie zukünftig besser als heute gewährleistet werden soll, dass die Festbeträge richtig, also in ausreichender Höhe festgesetzt werden. Es ist darüber hinaus unklar, wie die Festbeträge einmal pro Jahr überprüft werden sollen. Geänderte und verbesserte Verfahren werden im neuen Gesetz nicht vorgegeben und von der Selbstverwaltung auch nicht verlangt. Und es bleibt weiterhin völlig offen, ob für Hörgeräte überhaupt Festbeträge festgelegt werden können.

In § 36 (1) heißt es weiterhin: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst werden.“ Von der Funktion und Wirkung her gibt es keine gleichartigen Hörgeräte, selbst über Leistungswerte ist eine Zusammenfassung nicht möglich, so lange nicht andere Kriterien mit hinzu genommen werden wie Ausgangsschalldruckverhalten, Frequenzgänge, Regelsystem und vor allem die Möglichkeiten und Spannen der Veränderungen all dieser Kriterien. Eine derartige Gruppierung ließ sich bereits in den 80er Jahren mit damals nur analogen Hörgeräten kaum erfüllen; sie ist heute unter Verwendung von Analog- und Digitaltechnik gar nicht möglich. Dies würde hunderte verschiedene Festbetragsgruppen bedeuten.

Bei mehr als 500 gelisteten, im Wesentlichen sehr unterschiedlichen Hörgeräten sind nur wenige, die gewisse Ähnlichkeiten haben und ähnliche Funktionen aufweisen, mit Ausnahme der Tatsache, dass sie alle lauter machen und aktiv reagieren. Ein Hörgerät ist Hardware. Es ist so lange kein Hilfsmittel sondern ein Halbfertigprodukt, so lange es nicht mit einem zusätzlichen individuell angefertigten Hilfs-

mittel - der Otoplastik - versehen und vor allem durch nicht nur geringen Arbeits- und Zeitaufwand individuell an den jeweiligen Hörschaden des Versicherten angepasst wird. Im Vergleich dazu ist z.B. eine Lichtklingelanlage ein fertiges Hilfsmittel. Sie bedarf nicht einer gesonderten Behandlung, ehe sie helfen kann.

**Jede Hörgeräteversorgung ist eine individuelle Sonderversorgung und jedes Hörgerät ist eine Sonderanfertigung, denn jedes Hörgerät (auch das „Von-der-Stange-Hörgerät“) wird erst durch die Anpassung als spezielle Anfertigung zum Hilfsmittel.**

Festbeträge können nur für Hilfsmittel festgelegt werden und auch die Gruppenfestlegung soll für Hilfsmittel erfolgen. Weder für Halbfertigprodukte noch für Dienstleistungen sind Festbeträge vorgesehen und erlaubt. Aber genau diese Halbfertigprodukte und Dienstleistungen werden mit der derzeitigen Festlegung der Festbetragsgruppen für Hörhilfen erfasst.

Im § 36 SGB V wird zwar ein Verfahren festgelegt, wie ein Hilfsmittel zum „Festbetragshilfsmittel“ wird, es wird auch geregelt, dass den Verbänden der Leistungserbringer und der Behinderten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, es fehlt aber völlig eine Vorschrift, wie eine einmal getroffene Entscheidung wieder rückgängig gemacht werden kann.

Nun mag man darüber geteilter Meinung sein, ob die Entscheidung der Spitzenverbände der Krankenkassen aus dem Jahr 1988, für Hörgeräte Festbeträge festzusetzen, richtig war. Der Deutsche Schwerhörigenbund hat diese Entscheidung seit Jahren als Fehlentscheidung bezeichnet. Fest steht aber, dass Hörgeräte seit Einführung der Digitaltechnik nicht mehr den Anforderungen des § 36 (1) Satz 2 SGB V entsprechen und die damalige Entscheidung sachlich nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Der Gesetzgeber muss daher Vorschriften zur Aufhebung ehemals getroffener Entscheidungen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vorsehen. Dazu ist den Verbänden der Leistungserbringer und den Behindertenverbänden ein Antragsrecht und/oder ein Klagerecht einzuräumen. Nur so wird der Gesetzgeber der Forderung des Bundesverfassungsgerichts gerecht, dass unter Berücksichtigung der sich ständig verändernden Medizin, Pharmakologie sowie des Marktes die Versicherten nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse und der Technik angemessen zu versorgen sind.

## **B) Verträge mit Leistungserbringern**

Der Deutsche Schwerhörigenbund wertet die Änderung im § 127 (3) zur Verpflichtung der Krankenkassen, die Versicherten über Vereinbarungen mit Leistungserbringern und über Preise aufzuklären, als längst überfälligen Schritt zu mehr Transparenz. Unklar bleibt aber auch hier, ob die Krankenkassen auch aufklären müssen, welche Leistungserbringer Hörgeräte zu Festbeträgen abgeben und vor allem, welche Hörgeräte sie zu Festbeträgen abgeben.

Wie bereits erwähnt, ist die derzeit gültige Festbetragsgruppeneinteilung völlig ungeeignet. Es nützt einem hochgradig Schwerhörigen wenig, wenn er weiß, dass jeder Hörgeräteakustiker verpflichtet ist, Hörgeräte auch zum Festbetrag anzubie-

ten. In den meisten Fällen sind die Festbetragsgeräte für ihn unbrauchbar, er hört damit entweder gar nichts oder nur Geräusche, versteht damit aber keine Sprache und kann sie im Störlärm nicht benutzen, d.h. die Festbetragsgeräte stellen für ihn keine ausreichende Versorgung dar. Die Regelung ist daher so lange nicht hilfreich, so lange das Festbetragsgruppensystem nicht völlig reformiert wird (also wie oben beschrieben z.B. hunderte Gruppen eingerichtet werden) oder das Festbetragsystem für Hörgeräte aufgehoben wird.

Dann erst käme der neue § 33 (2) sinnvoll zum Tragen, so dass für die einzelnen Hörgerätetypen Vertragspreise festgelegt werden können. Die Anpassungsleistung müsste davon aber generell ausgenommen werden und den Leistungserbringern gesondert vergütet werden.

Die Krankenkassen müssten darüber hinaus verpflichtet werden, flächendeckend mit einer genügend großen Zahl an Leistungserbringern Verträge abzuschließen. Verträge dürften auch nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die nötigen Qualitätskriterien erfüllen. Andererseits ist der Regelung des § 33 (2), die Versicherte verpflichtet, Leistungserbringer aufzusuchen, mit denen Verträge bestehen, eine Zumutung. Hier ist zu bedenken, dass es nicht um den Kauf von Hörgeräten geht, sondern um die Anpassung von Hörgeräten, um einen sensiblen, tief in die Psyche des Betroffenen eingreifenden Vorganges.

### **C) Rahmenempfehlungen für Heilmittel**

Schwerhörige und ertaubte Menschen benötigen im Anschluss an die Diagnose „Hörschädigung“ sowie nach Verordnung und Anpassung technischer Hilfen wie Hörgeräten eine Rehabilitationsmaßnahme, im Rahmen derer sie lernen, mit ihrer neuen Hörsituation umzugehen. Der Deutsche Schwerhörigenbund fordert daher seit langem ein ambulantes audiotherapeutisches Kommunikationstraining (Audiotherapie) als Leistung zur medizinischen Rehabilitation einzuführen. Insofern begrüßt der Deutsche Schwerhörigenbund, dass die für die Wahrung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen für Heilmittel zukünftig einbezogen werden sollen.

### **D) Hilfsmittelverzeichnis**

Ebenso begrüßt der Deutsche Schwerhörigenbund, dass zukünftig vor Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses die für die Wahrung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten sollen.

### **E) Vertretungs- und Klagerechte**

Die Vertretungsrechte sind nach Meinung des Deutschen Schwerhörigenbundes allerdings immer noch viel zu schwach ausgestaltet. Die Formulierung „die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen“ hat sich in der Vergangenheit nicht bewährt. Dort wo der Deutsche Schwerhörigenbund bisher schon ein gesetzliches Anhörungsrecht nach diesem Muster hatte, wurde er in der Regel

höchstens schriftlich dazu aufgefordert. Zu fristgerecht abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen gab es seitens der Krankenkassen nie eine Antwort, es erfolgte weder eine Rückfrage noch eine mündliche Erörterung, die Stellungnahmen wurden nicht in die Entscheidung einbezogen und es liegt der Verdacht nahe, dass sie im Papierkorb landeten. Ein Anhörungsrecht ohne das Recht, einen Verstoß einzuklagen zu können, ist wirkungslos.

Ein Verbandsklagerecht wurde im Gesetzentwurf bisher nicht aufgenommen. Auch wenn die §§ 73 SGG und 157 ZPO Klagemöglichkeiten der Verbände beschreiben und sich Beteiligte in jeder Lage des Verfahrens vor einem Sozialgericht von prozessfähigen Bevollmächtigten vertreten lassen können, stellt dies kein „echtes“ Verbandsklagerecht dar. Verbandsklage bedeutet, dass ein Verband ohne beauftragt oder bevollmächtigt zu sein und ohne dass er selbst in seinen Rechten verletzt ist, Klage nach Maßgabe des SGG auf Feststellung eines Verstoßes gegen Vorschriften des Sozialgesetzbuches erheben kann.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 17.12.2002 hervorgehoben, dass von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein gesetzlich festgelegtes Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge einzuhalten und zur Wahrung der Rechte der Versicherten auf eine ausreichende Versorgung die gerichtliche Kontrolle der Festbetragsfestsetzung vorgesehen ist. Den deutschen Sozialgerichten liegen seit Jahren eine Reihe von Klagen vor. Es stellt sich allerdings die Frage, wie ein Betroffener in einem Einzelverfahren beweisen soll, dass ein zu niedriger Festbetrag auf eine falsche oder ungeeignete Einteilung der Hörhilfen in Gruppen zurückzuführen ist. Auch kann hier wohl kaum geklärt werden, ob Hörgeräte überhaupt in Gruppen eingeteilt werden können. Solche Kontrollverfahren sind nur im Rahmen einer Verbandsklage zeit- und kostensparend durchzuführen. Sie sind von allgemeiner Bedeutung für alle Betroffenen.

## **F) Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln**

Grundsätzlich begrüßt der Deutsche Schwerhörigenbund, dass die Leistungserbringer von Hilfsmitteln zur Qualitätssicherung verpflichtet werden sollen. Es ist aber nicht nachvollziehbar, warum nur die Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen abgeben sollen zur Qualitätssicherung der Versorgung und der Versorgungsabläufe.

Hier stellt sich die grundlegende Frage: Wer ist im Gesundheitssystem Kunde? Nach Meinung des Deutschen Schwerhörigenbundes ist es der Patient. Er ist nicht nur der Empfänger der Dienste, sondern auch der Anforderer der Dienste und letztlich der, der sie bezahlt in Form von Krankenkassenbeiträgen. Die Krankenkassen sind nur die Koordinatoren der Gesundheitsdienstleistungen, letztlich also auch wieder Dienstleister, die selber eine Qualitätssicherung nachweisen müssten.

Wer Kunde ist bestimmt, was Qualität ist. Und so ist es unverständlich, warum im § 139 die Mitwirkung der für die Wahrung der Interessen der Patienten, behinderter Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene bisher nicht vorgesehen ist. Der Deutsche Schwerhörigenbund bittet dringend, dies zu ändern.

## **II. Erhalt der HNO-Fachpraxen und der Spezialkliniken für hörgeschädigte Patienten**

### **A) HNO-Fachärzte**

Die Praxisgebühr von 15 Euro je Quartal soll nur bei Frauenärzten und Augenärzten entfallen bzw. dann, wenn der Versicherte über seinen Hausarzt an einen Facharzt verwiesen wird. Erfreulich ist, dass wenigstens bei Notfällen auch direkt der Facharzt konsultiert werden kann. Ein Hörsturz z.B. wird wohl kaum von einem Hausarzt angemessen behandelt werden können und der Umweg über den Hausarzt würde hier nur Zeit verschwenden.

Progrediente Schwerhörigkeit ist eine Krankheit, die regelmäßig beobachtet und bei Verschlimmerung behandelt werden muss. Genaue Hörprüfungen kann nur der Facharzt vornehmen und entsprechende Maßnahmen, kann nur er verordnen. Der Deutsche Schwerhörigenbund fordert daher, dass auch für HNO-Ärzte, die wegen Hör- und Gleichgewichtsstörungen bzw. Tinnitus aufgesucht werden, eine Ausnahmeregelung ähnlich wie für Augenärzte und Frauenärzte getroffen wird.

Darüber hinaus fordert der Deutsche Schwerhörigenbund, die Aufstellung von geeigneten Behandlungsprogrammen für Schwerhörigkeit. Die „Akteure“ bei der gesundheitlichen Versorgung Schwerhöriger und Ertaubter sind neben dem HNO-Arzt und dem Hörgeräteakustiker auch die Audiotherapeuten. Die Bedeutung der Audiotherapie ist für den Erfolg der Behandlung von Schwerhörigkeit vor allem im Anschluss an eine Erstversorgung mit Hörgeräten enorm wichtig.

Der Deutsche Schwerhörigenbund hat in einem von ihm unter maßgeblicher Beteiligung von Hochschuldozenten entwickelten Curriculum bereits 38 Audiotherapeuten ausgebildet. Eine Aus- und Weiterbildungsmaßnahme läuft zur Zeit in Heidelberg an der Stiftung für Rehabilitation. Diese Form der Ausbildung findet in Fachkreisen Anerkennung. Es muss der Selbsthilfe ermöglicht werden, solche Therapiekonzepte auf Vertragsbasis mit den Krankenkassen umzusetzen, die nicht nur der besseren Versorgung hörbehinderter Menschen dienen, sondern auch einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen darstellen.

### **B) Krankenhäuser**

Die in einzelnen Krankenhäusern / Reha-Kliniken aufgebauten speziellen Hörgeschädigtenabteilungen haben sich bewährt. Das Recht auf Behandlung in diesen Spezialkliniken/-abteilungen muss für hörgeschädigte Menschen erhalten bleiben.

Für einen hörgeschädigten Patienten ist es für seinen Genesungs- bzw. Rehabilitationsprozess unabdingbar notwendig, dass die Kommunikation zwischen ihm und den Ärzten bzw. dem Pflegepersonal gesichert ist. Ein hörgeschädigter Versicherte darf nicht deshalb an eine nicht hörgeschädigtengerechte Klinik verwiesen werden, weil seine Krankenkasse mit der Spezialklinik keinen Vertrag abgeschlossen hat.

Besonders deutlich wird die Problematik bei kommunikationsintensiven Behandlungsformen (z.B. Psychiatrie). Wenn ein suchtkrank oder depressiver Schwerhöriger bei Gruppentherapie o.ä. teilnimmt, ohne etwas zu verstehen, wird er nach kurzer Zeit seine Behandlung / Therapie frustriert abbrechen. Er bleibt mit seinem Problem allein und unversorgt. Oft wird er in Unkenntnis der Auswirkungen seiner Hörschädigung als nicht therapierbar eingestuft. Die Solidargemeinschaft hat Behandlungskosten durch inadäquate Rehabilitationsmaßnahmen für Hörgeschädigte „verschwendet“.

Für solche Spezialfälle müssen klare Indikationsregelungen geschaffen werden, um die Effektivität der Rehabilitation Hörgeschädigter zu erhöhen.

### ***III. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin***

Der Deutsche Schwerhörigenbund begrüßt die vorgesehene Einrichtung eines Zentrums für Qualität, fordert aber gleichzeitig eine angemessene und wirkungsvolle Beteiligung als Interessenverband schwerhöriger und ertaubter Menschen.

Um in absehbarer Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung dieser Behindertengruppe sicherzustellen, sind enorme Anstrengungen nötig und die Kompetenz des Deutschen Schwerhörigenbundes darf nicht ausgeschlossen werden. Hörschädigung ist immer noch die unterschätzte Krankheit, so dass kaum ein nicht Betroffener in der Lage ist, hörgeschädigte Menschen ausreichend zu vertreten.

Hörschädigung sieht man nicht. Sie tut im allgemeinen auch nicht weh. Man stirbt nicht daran, jedenfalls nicht aus physischen Gründen. Das Gehör ist in erster Linie ein Kommunikationsorgan. Hörschädigung ist deshalb nicht nur ein medizinisches, sondern mindestens in gleicher Weise ein psychisches Problem. Da man sie nicht simulieren kann wie blind oder lahm sein, ist es für Guthörende kaum möglich, sich in die Situation eines hochgradig Schwerhörigen oder Ertaubten zu versetzen. Zwischenmenschliche Beziehungen sind nur schwer aufrecht zu erhalten mittels Absehen vom Mund oder Aufschreiben des Gesprochenen. Die Scheidungsrate von Paaren mit einem hörgeschädigten Partner liegt beträchtlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Die derzeit zur Verfügung stehenden Hörgeräte bringen bis zu einem gewissen Grad Hilfe. Sie ersetzen aber in keinem Fall das Normalgehör.

Da der Schwerhörige manches akustisch falsch versteht, kommt es häufig zu Missverständnissen (Kommunikationsbrüchen). Wenn nun der Gesprächspartner von der Schwerhörigkeit seines Gegenüber keine Kenntnis hat, ist er irritiert. So hat Schwerhörigkeit in der Bevölkerung ein sehr negatives Image und wird assoziiert mit den Adjektiven „alt“ und „doof“. Um sich nicht zur eigenen Schwerhörigkeit bekennen zu müssen, lehnen viele ein Hörgerät ab. Und so schließt sich ein Teufelskreis. Da Hörschädigung eine Kommunikationsstörung darstellt, führt sie bei fehlender Versorgung und Rehabilitation der Betroffenen zu Vereinsamung bis zu Depression und Suizid.

- 8 -

Rehabilitation und Teilhabe ist aber möglich. Einzelfälle – meist Mitglieder im Deutschen Schwerhörigenbund – beweisen das. Diese Einzelfälle müssen Standards werden. „Standards schaffen“ heißt auch „Qualität schaffen“, nämlich „gleich das Richtige tun“. Und das ist meist das Kostensparende und –günstigste.

Der Deutsche Schwerhörigenbund bittet dringend, zur Kompensation der in der Vergangenheit entstanden Defizite bei der Prävention und Rehabilitation dieser „unterschätzten Krankheit“ eine Regelung zu finden, die es ermöglicht, dass er in Arbeitsgruppen des Zentrums für Qualität mitarbeiten kann.

Essen, 20. Mai 2003 / rw

Berlin, 28. Dezember 2001

## **Prävention und Rehabilitation von Hörschäden in einem modernen Gesundheitswesen**

### **Memorandum**

#### **1. Vorwort**

- 1.1. Die unterschätzte Krankheit
- 1.2. Medizinische und technische Entwicklung
- 1.3. Blüm'sche Reform und die Folgen

#### **2. Derzeitige Situation**

- 2.1. Begriffsbestimmungen
  - 2.1.1. Schwerhörigkeit, Ertaubung, Gehörlosigkeit
  - 2.1.2. Früh-, Erwachsenen-, Altersschwerhörigkeit
- 2.2. Zahl der Betroffenen in Deutschland (statistische Zahlen)
- 2.3. Probleme der Versorgung im derzeitigen Gesundheitswesen und ihre Konsequenzen
  - 2.3.1. Mangelnde Aufklärung
  - 2.3.2. Fehlende Früherkennung und Frühförderung
  - 2.3.3. Hörgeräteversorgung
    - 2.3.3.1. Hohe Zuzahlungen
    - 2.3.3.2. Verschiedene Versorgungswege
  - 2.3.4. Fehlende Rehabilitation und Ausweglosigkeit

#### **3. Lösungsansätze**

- 3.1. Prävention
  - 3.1.1. Präventionspotenziale
  - 3.1.2. Zielgruppenorientierung
  - 3.1.3. Präventionsmaßnahmen
- 3.2. Die Bedeutung der Selbsthilfe als 4. Säule im Gesundheitswesen
- 3.3. Spezielle Lösungsansätze (in Anlehnung an die Arbeitsgruppen des Runden Tisch im Gesundheitswesen)
  - 3.3.1. Modernisierung der Hilfsmittelversorgung
  - 3.3.2. Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen unter Nutzung evidenzbasierter Medizin (Leitlinien)
  - 3.3.3. Integrierte Versorgungsformen
  - 3.3.4. Zukunft der Versorgung in Krankenhäusern/Reha-Kliniken

#### **4. Ausblick**

## 1. Vorwort

Seit längerer Zeit sind sich die zuständigen Sachverständigen darüber einig, dass das deutsche Gesundheitswesen in der bisherigen Form seinen Aufgaben in der Zukunft nicht mehr gerecht werden kann. Die demographische Entwicklung führt zu einem ständig steigenden Anteil älterer Menschen in unserer Bevölkerung. Der medizinische und medizin-technische Fortschritt macht zwar immer mehr – auch chronische – Krankheiten mit Erfolg behandelbar, dies aber nur zu hohen Kosten.

Das solidarisch finanzierte System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich bewährt. Soll es bestehen bleiben und nicht zu unerträglich hohen Sozialabgaben führen mit all ihren negativen Folgen, so müssen alle Bereiche des Gesundheitswesens daraufhin überprüft werden, wie und wo das Prinzip der Wirtschaftlichkeit stärker durchgesetzt werden kann. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt fest, dass in unserem Gesundheitswesen das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht stimmt.

Die Bundesgesundheitsministerin, Frau Ulla Schmidt, hat deshalb einen Runden Tisch einberufen, in dem alle Entscheidungsträger gemeinsam Vorschläge für eine Reform des Gesundheitswesens erarbeiten sollen. Der Deutsche Schwerhörigenbund als Interessenvertretung der Schwerhörigen und Ertaubten sieht es als seine Aufgabe an, seine Vorstellungen davon, wie unter Wahrung des ökonomischen Prinzips Prävention und Rehabilitation von Hörschäden in einem modernen Gesundheitswesen aussehen sollten, in die Beratungen einzubringen.

### 1.1. Die unterschätzte Krankheit

Hörschädigung sieht man nicht. Sie tut im allgemeinen auch nicht weh. Man stirbt nicht daran, jedenfalls nicht aus physischen Gründen. Das Gehör ist in erster Linie ein Kommunikationsorgan. Hörschädigung ist deshalb nicht nur ein medizinisches, sondern mindestens in gleicher Weise ein psychisches Problem. Da man sie nicht simulieren kann wie blind oder lahm sein, ist es für Guthörende kaum möglich, sich in die Situation eines hochgradig Schwerhörigen oder Ertaubten zu versetzen. Zwischenmenschliche Beziehungen sind nur schwer aufrecht zu erhalten mittels Absehen vom Mund oder Aufschreiben des Gesprochenen. Die Scheidungsrate von Paaren mit einem hörgeschädigten Partner liegt beträchtlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Die derzeit zur Verfügung stehenden Hörgeräte bringen bis zu einem gewissen Grad Hilfe. Sie ersetzen aber in keinem Fall das Normalgehör.

Da der Schwerhörige manches akustisch falsch versteht, kommt es häufig zu Missverständnissen (Kommunikationsbrüchen). Wenn nun der Gesprächspartner von der Schwerhörigkeit seines Gegenüber keine Kenntnis hat, ist er irritiert. So hat Schwerhörigkeit in der Bevölkerung ein sehr negatives Image und wird assoziiert mit den Adjektiven „alt“ und „doof“. Um sich nicht zur eigenen Schwerhörigkeit bekennen zu müssen, lehnen viele ein Hörgerät ab. Und so schließt sich ein Teufelskreis. Da Hörschädigung eine Kommunikationsstörung darstellt, führt sie bei

fehlender Versorgung und Betreuung der Betroffenen, zu Vereinsamung bis zu Depression und Suizid.

## **1.2. Medizinische und technische Entwicklung**

In den letzten zwanzig Jahren hat die Medizin auch bei der Behandlung von Hörschädigung große Fortschritte gemacht. Der bedeutsamste ist wohl darin zu sehen, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Menschen mit einem Cochlea Implantat (CI) zu versehen. Sie sind dann in der Lage, mehr oder weniger gut Sprache zu verstehen und können so wieder mit ihren Mitmenschen kommunizieren. Auch taubgeborene und hörrestige Kinder können auf diese Weise, sofern ihr Hörnerv intakt ist, die Lautsprache erwerben mit all den bekannten Konsequenzen für die Bewusstseins- und Intelligenzentwicklung.

Auch die technische Weiterentwicklung der Hörgeräte führt zu völlig neuen Algorithmen bei der Verarbeitung des Schalls. Digitale Geräte sind in der Lage, sich auf verschiedene Hörsituationen einzustellen, Störschall zu unterdrücken, Nutzschaall zu verstärken u.ä. Es liegt auf der Hand, dass diese medizinischen und technischen Entwicklungen ihren Preis haben.

Allerdings ist auch die neueste Generation von Hörsystemen nicht in der Lage, alle Hörprobleme zu lösen.

## **1.3. Blüm'sche Reform und ihre Folgen**

1988 wurde im Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen das Instrument der Festbeträge eingeführt. Auch für Hörgeräte (Hilfsmittel) wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gem. § 35 SGB V (erst neun, später drei) Gruppen von Festbeträgen je nach der technischen Ausstattung von Hörgeräten bestimmt. Sie sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie sollen Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sollen sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten. Sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen.

Optimal hören können ist eine Lebensnotwendigkeit, kein Luxus. Wenn Minister Blüm damals ein Hörgerät mit einem Walkman verglichen hat, den jemand aufsetzt, um zu seiner Freude Musik zu hören, so zeigt das, wie weit der damalige Sozialminister von einem Verständnis für die Probleme Schwerhöriger entfernt war. Die Festbeträge sichern nicht die qualitativ notwendige Versorgung, sie führten nicht zu einem wirksamen Preiswettbewerb, sie wurden nicht in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage angepasst. Die mehrfachen Kürzungen der Festbeträge können wohl nicht als eine solche Anpassung gesehen werden. (Im einzelnen vgl. hierzu 2.3.3.)

## **2. Derzeitige Situation**

### **2.1. Begriffsbestimmungen**

#### **2.1.1. Schwerhörigkeit, Ertaubung, Gehörlosigkeit**

Hörschädigung ist eine sehr wenig homogene Behinderungsart. Der Begriff „Hörbehinderte“ bzw. „Hörgeschädigte“ wird üblicherweise als Oberbegriff für Schwerhörige, Ertaubte und Gehörlose verstanden. Sie alle sind hörbehindert. Schwerhörige haben einen mehr oder weniger großen Hörverlust. Ertaubte haben ihr Gehör nach dem Spracherwerb verloren. Diese beiden Gruppen sind lautsprachorientiert, weil sie einen mehr oder weniger großen Teil ihres Lebens in dieser Form kommuniziert haben. Gehörlose sind taub geboren bzw. haben ihr Gehör vor dem Lautsprecherwerb verloren. Sie kommunizieren in der Regel mittels Gebärdensprache.

#### **2.1.2. Früh-, Erwachsenen-, Altersschwerhörigkeit**

Je nach Alter, in dem die Hörschädigung eingetreten ist, unterscheidet man Früh-, Erwachsenen(Spät)- und Altersschwerhörigkeit. Frühschwerhörige haben ihre Schulbildung häufig in Schwerhörigenschulen erhalten. Die weitaus größte Zahl der Schwerhörigen hat im Laufe ihres Erwachsenenlebens ihr Hörvermögen zu einem mehr oder weniger großen Teil eingebüßt. Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Formen wird Altersschwerhörigkeit heute von Medizinern weniger als Krankheit angesehen, sondern als eine Art von Verschleiß durch die „Lebenslärmdosis“, der das Ohr ausgesetzt war. Sie ist dennoch eine Behinderung mit erheblichen Konsequenzen.

### **2.2. Zahl der Betroffenen in Deutschland**

In Deutschland gibt es ca. 13,3 Millionen Hörbehinderte über 14 Jahre (Sohn (1)), davon sind ca. 80 000 gehörlos, ca. 150 000 ertaubt, der große Rest von mehr als ca. 13 Millionen Menschen ist schwerhörig, die Tendenz ist steigend.

Von den Schwerhörigen sind 57% leicht schwerhörig, 35% mittelgradig schwerhörig, 7,2% hochgradig schwerhörig und 1,6% an Taubheit grenzend schwerhörig (gerundete Zahlen).

Mit zunehmendem Alter nimmt die Schwerhörigkeit in der Bevölkerung zu. Während in der Bevölkerungsgruppe von 40 – 49 Jahren 26% schwerhörig sind, steigt diese Zahl bei Menschen über 60 Jahre auf etwa 40%. Allerdings ist die Entwicklung in den letzten Jahren besorgniserregend. Bei Musterungen zur Bundeswehr wurden bei 10% der jungen Männer mittelgradige Hörbeeinträchtigungen festgestellt.

## **2.3. Probleme der Versorgung im derzeitigen Gesundheitswesen und ihre Konsequenzen**

### **2.3.1. Mangelnde Aufklärung**

Es ist zwar medizinisch nachgewiesen, dass die Hauptursache von erworbener Schwerhörigkeit Lärm ist. Eine breitgefächerte Aufklärung über diese Tatsache und insbesondere über die daraus resultierenden Konsequenzen findet jedoch nicht statt; vor allem nicht über die schädlichen Wirkungen des sog. Freizeitlärms (Diskomusik, Walkman; vgl. auch 3.1.3.)

Wenn das Hörvermögen eines Menschen sich verschlechtert, so merkt er selbst das meist zunächst nicht. Häufig wird er durch Angehörige und Freunde darauf aufmerksam gemacht, dass er offensichtlich immer schlechter versteht. In aller Regel ist ihm nicht klar, wie wichtig es wäre, eine Hörschädigung rechtzeitig mit Hörgeräten versorgen zu lassen, damit eine Verschlimmerung vermieden wird. Eine verspätete Anpassung von Hörgeräten erschwert die Gewöhnung an das neue Hören. Probleme beim Sprachverstehen führen dazu, dass der Betroffene sich ständig durch die Anstrengung beim Hören (Hörstress) verkrampft und sich dadurch psychisch überfordert.

### **2.3.2. Fehlende Früherkennung und Frühförderung**

In Deutschland wird die Schwerhörigkeit von Kleinkindern durchschnittlich nach 30 Lebensmonaten festgestellt, häufig sogar erst beim Schuleintritt. Dadurch gehen dem Kind wertvolle Entwicklungsjahre verloren. Es ist bekannt, dass die neuronale Vernetzung der Hörbahn in den ersten 18 Lebensmonaten erfolgt. Ohne Hören kann keine oder nur rudimentär Lautsprache erlernt werden. Die Intelligenz des Kindes kann sich nicht in der gewünschten Weise entwickeln. Deshalb ist es so wichtig, eine frühkindliche Hörschädigung so früh wie möglich, am besten mittels Neugeborenen-Hörscreening, festzustellen und zu versorgen. Auch Säuglinge können mit Hilfe von Hörgeräten Sprache lernen und sich dadurch altersgemäß entwickeln. In Fällen angeborener Taubheit kann ein Cochlea-Implantat (CI) helfen, sofern der Hörnerv intakt ist (vgl. auch 1.2.) und die Operation im Kleinkindalter erfolgt.

Auch wenn Kinder mit Hörgeräten oder CI versorgt sind, bleiben sie in mehr oder weniger hohem Grade hörbehindert. Sollen sie in ihrer schulischen Entwicklung dadurch nicht zu sehr benachteiligt werden, so sind sie hier bislang meist auf das Engagement der Eltern und Lehrer angewiesen. Diese müssen mit ihren Kindern Wissenslücken ausgleichen, die durch Kommunikationsprobleme entstehen. Sie müssen bei hochgradig schwerhörigen Kindern auf Sprachpflege achten. Eltern müssen nicht zuletzt ihre Kinder psychisch auffangen, wenn sie von guthörenden Mitschülern und oft auch verständnislosen Lehrern in eine Außenseiterrolle gedrängt werden.

### 2.3.3. Hörgeräteversorgung

Wie bereits dargestellt (vgl. 1.3.) beteiligen sich die gesetzlichen Krankenkassen an der Hörgeräteversorgung in Deutschland bis zur Höhe der Festbeträge. Der Gesetzgeber (§35 SGB V) wollte damit eine notwendige, zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln sicherstellen. Die Praxis sieht heute jedoch so aus, dass der Festbetrag nur noch einen Zuschuss zu den Hörgerätekosten darstellt. Das widerspricht eindeutig den Intentionen des Gesetzes.

#### 2.3.3.1. Hohe Zuzahlungen

Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag (§ 12 (1) SGB V). Wählt ein Versicherter ein Hörgerät „in einer aufwendigeren Ausführung als notwendig“, so hat er den Differenzbetrag zum Festbetrag selbst zu bezahlen. Gedacht ist hier wohl an unnötigen Luxus. Vertreter der Krankenkassen bemühen oft den Vergleich aus dem Automarkt: man kann Mercedes fahren oder Volkswagen. Aber um in diesem Vergleich zu bleiben: mit beiden Automodellen kann man fahren.

Die technische Entwicklung macht es möglich, dass heute ein hochgradig Schwerhöriger mit einem höchstwertigen Hörgerät nach entsprechend sorgfältiger Anpassung durch den Hörgeräteakustiker noch Sprache verstehen kann, während er vor 20 Jahren als taub hätte gelten müssen. Solche Geräte sind zum Festbetrag nicht zu haben. Das führt dazu, dass Schwerhörige bis zu 2.500 Euro, in Einzelfällen noch mehr, zuzahlen müssen, um Sprache zu verstehen. Mit einem Festbetragsgerät könnten sie bestenfalls Geräusche vernehmen. Hier handelt es sich nicht um eine Versorgung, die „über das Notwendige hinausgeht“. In solchen Fällen die Festbetragsregelung anzuwenden ist gesetzwidrig und unsozial. Leider werden Schwerhörige mit ihrer Forderung nach einer Änderung dieser Praxis vertröstet auf das Urteil des BVerfG zum Vorlagebeschluss AZ 3 RK 21/94, das seit sechs Jahren auf sich warten lässt.

#### 2.3.3.2 Verschiedene Versorgungswege

Die traditionelle Hörgeräteversorgung erfolgt über den Hörgeräteakustiker. Er wählt zusammen mit dem Betroffenen in einer vergleichenden Anpassung die für diesen optimalen Hörgeräte aus.

Seit einiger Zeit besteht die Möglichkeit, Hörgeräte über den Versandhandel oder Online zu beziehen. Der HNO-Arzt gibt die Audiogrammdaten per Computer an die Versandhandelsfirma. Dort wird ein passendes Hörgerät ausgewählt und programmiert, das dann vom HNO-Arzt eingesetzt wird. Da die Dienstleistung des Akustikers wegfällt, ist nach Aussage der Anbieter der Anteil der zuzahlungsfreien Hörgeräte größer als beim traditionellen Versorgungsweg. Eine vergleichende und eine gleitende Anpassung findet nicht statt. Damit werden zwei unverzichtbare

Forderungen der ADANO (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Audiologen und Otoneurologen) nicht erfüllt.

Die Krankenkassen haben verständlicherweise ein Interesse daran, ihre Kosten zu reduzieren. Die Politik versucht, an dem Festbetragssystem in der derzeitigen Form festzuhalten. Um zu beweisen, dass das möglich ist und dass auch bei Hörgeräten der Festbetrag „wieder als Synonym für qualitativ hochwertige Sachleistung der sozialen Krankenversicherung steht“ (Klaus Kirschner, Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit, im Vorwort zur BKK-Studie), wurden zwei wissenschaftliche Studien vorgelegt (eine von der AOK (2), eine von der BKK (3)), die beide zum gleichen Ergebnis kommen: Schwerhörige sind selbst schuld, wenn sie hohe Zuzahlungen zu Hörgeräten leisten. Sie müssen sich nur einen kostengünstigeren Versorgungsweg (nämlich den über den Versandhandel) suchen.

Die Hauptargumente beider Studien laufen in dieselbe Richtung (4): Da bei Umfragen die Hörgeräteträger sowohl bei der Versorgung durch den Hörgeräteakustiker als auch durch den Versandhandel gleich zufrieden waren, ist daraus zu schließen, dass gleich große Zufriedenheit der Betroffenen auch gleich hohe Qualität der Versorgung bedeutet. Dieses Vorgehen ist wissenschaftlich unseriös. Die Ergebnisse sind tendenziös und unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten nicht haltbar (Vgl. auch 3.3.2.).

#### **2.3.4. Fehlende Rehabilitation**

In einer statistischen Untersuchung der Universität Witten/Herdecke zur Schwerhörigkeit in Deutschland wurde 1999 festgestellt, dass 43% der Hörgerätebesitzer ihr Hörgerät nicht tragen. Wenn man davon ausgeht, dass von ca. 5 Millionen mittelgradig Schwerhörigen und ca. 1 Million hoch- und höchstgradig Schwerhörigen (vgl. 2.2.) ohnehin nur ca. 2,5 Millionen Hörgeräte besitzen, die dann fast zur Hälfte wieder in der Schublade verschwinden, kann man wohl sagen, dass es um die Rehabilitation Schwerhöriger in Deutschland schlecht bestellt ist.

Wenn ein Schwerhöriger Hörgeräte bekommt, so wird er in der Regel vom Hörgeräteakustiker in die technische Handhabung, Reinigung, Batteriewechsel eingewiesen und dann entlassen. Ohne zusätzliche Einweisung und Motivation wird der Hörgerätenutzer ungenügend an das neue Hören gewöhnt und wird die Hörgeräte nach einer kurzen Zeit nicht mehr tragen (Schubladengeräte).

Die fehlende Rehabilitation macht sich aber schon viel früher bemerkbar. Nicht nur, dass das schlechte Image von Hörgeräten häufig eine rechtzeitige Versorgung Schwerhöriger verhindert; auch Menschen, die psychisch unter ihrer Kommunikationsbehinderung leiden, weil eine Verständigung mit dem Partner, den Kindern, Kollegen, Freunden nur noch mit großer Mühe möglich ist, erfahren kaum Hilfe. HNO-Ärzte und –Kliniken sind in den seltensten Fällen bereit, Hinweise auf durchaus existierende ambulante oder stationäre Reha-Maßnahmen zu geben, wo die Betroffenen Kommunikationsformen (Absehen, Lautsprachbegleitende Gebärden, Gesprächsstrategie u.a.) üben und ganz allgemein lernen können, mit ihrer Behin-

derung zu leben und nicht gegen sie. Heute ist der Weg zu derartigen Hilfen, sofern er überhaupt gefunden wird, vom Zufall abhängig.

### 3. Lösungsansätze

#### 3.1. Prävention

Seit Jahren steigen die Kosten des Gesundheitswesens in Deutschland überproportional (etwa zur Steigerung des Volkseinkommens). Sollen nicht die Beiträge zur GKV unverantwortlich steigen oder die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sinken, so müssen Einsparungspotenziale gefunden und genutzt werden.

Eine Stärkung der Prävention kann „als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition“ (Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bd. 1, S. 12) gesehen werden. Neben einer Verbesserung der Gesundheit kann – nach Expertenmeinung – vermutet werden, dass durch effektive und effiziente Präventionsmaßnahmen langfristig ein großer Teil der sonst erforderlichen Gesundheitskosten vermieden werden.

Die Begriffe sollen – in Anlehnung an die Arbeitsgruppe 5 des Runden Tisch im Gesundheitswesen – wie folgt definiert werden:

Primärprävention	Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheit
Sekundärprävention	Früherkennung und Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses
Tertiärprävention	Verzögerung von Verschlimmerung, Milderung bleibender Funktionseinbußen

Ganz allgemein soll unter Prävention eine Änderung der Lebenseinstellung mit dem Ziel der Gesundheitsförderung verstanden werden. Das ist ohne Mitwirkung der Betroffenen (Partizipation) nicht möglich. Durch die Veränderung des Gesundheitsbewusstseins hilft der einzelne sich selbst (individuelle Selbsthilfe); Unterstützung erfährt er dabei in einer Gruppe Gleichbetroffener (kollektive Selbsthilfe).

##### 3.1.1. Präventionspotenziale

Die Hauptursache für Schwerhörigkeit ist Lärm. Dank der in den letzten Jahren erlassenen Arbeitsschutzgesetze steht jedoch nicht mehr der Arbeitslärm im Vordergrund, sondern der Freizeitlärm (Diskomusik, Walkman). Die Tatsache, dass das Innenohr dadurch irreparabel geschädigt wird (90% der Hörschädigungen sind Schädigungen des Innenohres), sowie die Konsequenzen, die sich für den einzelnen auf allen Gebieten des Lebens ergeben, sind noch immer viel zu wenig bekannt. Hier ist Aufklärung nach wie vor dringend geboten (Primärprävention).

Durch ein verspätetes Erkennen frühkindlicher Hörschäden wird die Sprach- und Intelligenzentwicklung der Kinder in einer Weise behindert, die kaum wieder auszugleichen ist. Die Regelungen des SGB IX § 26 2.2. und § 30 1.1. müssen als flächendeckendes Neugeborenen-Hörscreening umgesetzt werden. Schwerhörige Kleinkinder müssen frühzeitig mit Hörgeräten versorgt und ihre Frühförderung gesichert werden. Auch erwachsene Hörgeschädigte müssen darüber aufgeklärt werden, dass eine rechtzeitige Versorgung mit Hörgeräten einer Deprivation (Verkümmerung des Gehörs) vorbeugt und eine Verschlechterung der Kommunikationsfähigkeit stoppt. Älteren Menschen wird oft in diesem Zusammenhang die Gefahr der Vereinsamung erst zu spät bewusst. Hörsturzpatienten müssen aufgeklärt werden, dass möglicherweise eine Beibehaltung ihrer Lebensgestaltung (Stress, Rauchen) die Gefahr weiterer Hörstürze mit bleibenden Schäden darstellt (Sekundärprävention).

Um bleibende Funktionseinbußen zu mildern (Tertiärprävention) genügt es nicht, einen Schwerhörigen mit Hörgeräten zu versorgen und ihn damit allein zu lassen. Beweis für den Umfang derartiger „gesundheitspolitischer Fehlinvestitionen“ ist die Tatsache, dass 43% der Hörgerätebesitzer ihre Hörgeräte nicht tragen (Schublandengeräte). Mindestens im Anschluss an eine Erstversorgung mit Hörgeräten ist eine Audiotherapie erforderlich. Individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen zugeschnitten muss das neue Hören trainiert werden. Absehen vom Mund und Assoziationsübungen helfen beim Verstehen. Kenntnisse der Hörtaktik ermöglichen eine Verbesserung der akustischen Ausgangssituation. Hochgradig Schwerhörige hören ihre eigene Stimme nicht mehr. Ihre Sprache muss kontrolliert werden. Lautsprachbegleitende Gebärden (LBG) sind eine wertvolle Kommunikationshilfe für hochgradig Schwerhörige und Ertaubte. Ganz entscheidend bleibt aber die Hilfe bei der aktiven Bewältigung der Hörschädigung.

### 3.1.2. Zielgruppenorientierung

Zur Erhöhung der Effektivität der Prävention ist eine Fokussierung der Maßnahmen auf bestimmte Zielgruppen erforderlich.

Jugendliche setzen sich wohl am unkontrolliertesten Freizeidlärm aus.

Eltern und Politik sind aufgefordert, auf einem Neugeborenen-Hörscreening für alle Neugeborenen zu bestehen. Eltern müssen aufgeklärt werden darüber, welche Bedeutung eine zu spät erkannte Hörschädigung für ihr Kind hat.

Eine besondere Bedeutung kommt der Sensibilisierung der Ärzte aller Fachrichtungen zu. Kinderärzte vertrösten häufig Eltern, wenn die Sprachentwicklung des Kindes verzögert ist („es ist halt ein Spätentwickler“). Hausärzte müssen stärker auf das Erkennen von Hörschäden bei ihren Patienten achten. HNO-Ärzte sollten sich nach Verordnung eines Hörgerätes um eine ambulante oder stationäre Audiotherapie ihrer Patienten bemühen.

Die Kostenträger, von denen ein Großteil in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zusammengeschlossen sind, müssen von der Notwendigkeit der Prävention der Hörschädigung als Investition in die Zukunft überzeugt werden.

### 3.1.3. Präventionsmaßnahmen

Staatliche Richtlinien für maximal zulässige Lärmpegel in Diskotheken, wie sie bereits in Niedersachsen gelten, reduzieren gesundheitsschädlichen Freizeitlärm. Das OLG Koblenz hat den Betreiber einer Diskothek zu einer Geldstrafe verurteilt sowie zur Zahlung von Schmerzensgeld an eine Besucherin, die durch die zu laute Musik Hörschäden erlitten hat (AZ 5 U 1324/00). Sollte dieses Urteil Schule machen, so könnte auch das zu einer Reduzierung des Freizeitlärms führen. Allgemeine Plakataktionen, Berichte, Reportagen können über Hörschäden und ihre Ursachen aufklären und/oder zu einer Image-Änderung des Hörgerätes und damit zu einer Verbesserung der Akzeptanz von Hörgeräten führen.

Jugendliche können im Schulunterricht erreicht werden, durch Berichte in Jugendzeitschriften, über Multiplikatoren in der Jugendarbeit, über das Internet.

Eltern können aufgeklärt werden in der Geburtsvorbereitung sowie in der Elternberatung bei der Säuglingsbetreuung.

Ärzte aller Fachrichtungen müssen im Studium und bei Fortbildungsveranstaltungen verstärkt auf ihre Verantwortung hörgeschädigten Patienten gegenüber hingewiesen werden.

Durch Mitsprache- und Mitentscheidungsrechte der Betroffenen bei der Verabschiedung von Richtlinien zur Kostenübernahme könnten auch die Kostenträger von der Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen überzeugt werden. (Ein Argument: Schubladengeräte durch fehlende Audiotherapie bedeuten Verschwendung von Ressourcen)

## 3.2. Die Bedeutung der Selbsthilfe als 4. Säule im Gesundheitswesen

Sozialpolitiker werden nicht müde, die Selbsthilfe als 4. Säule des Gesundheitswesens zu preisen. Ein Betroffenenverband wie der Deutsche Schwerhörigenbund fragt sich dann: Kann Selbsthilfe etwas leisten, was die anderen Säulen des Gesundheitswesens nicht leisten können, oder soll Selbsthilfe, da sie zu einem großen Teil ehrenamtlich geschieht, Lückenbüsser sein für eine Sozialpolitik der leeren Kassen?

Wenn von Selbsthilfe die Rede ist, denkt man in der Regel zunächst an Selbsthilfegruppen, also an mehr oder weniger regelmäßige Treffen von Gleichbetroffenen, häufig chronisch Kranken, wie es bei den Selbsthilfegruppen der Schwerhörigen und Ertaubten der Fall ist. Hier hat der einzelne die Möglichkeit, sich über seine ganz persönlichen Probleme mit seiner Behinderung auszutauschen, Erfahrungen anderer kennen zu lernen, Informationen zu Behandlungsmethoden, zu Steuer-

und Sozialrecht aufzunehmen. Da chronisch Kranke und Behinderte häufig zu „Experten in eigener Sache“ werden, ist eine solche Info-Börse von großer Bedeutung. Von besonderer Wichtigkeit ist jedoch die psychische Hilfe, die darin besteht, dass der Betroffene über sich und das, was ihn bedrückt, sprechen kann und weiß, dass die anderen ihn verstehen und mit ihm fühlen. Diese Aufgaben der Selbsthilfe können sicher von keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens übernommen werden.

Selbsthilfeverbänden kommt in erster Linie die Aufgabe zu, die Anliegen ihrer Mitglieder politisch zu vertreten. Die Einbeziehung der Betroffenenkompetenz chronisch Kranker und Behinderter in die sozialpolitische Entscheidungsfindung dürfte durchaus zur Steigerung der Effizienz der beschlossenen Maßnahmen führen.

Da nun aber die Selbsthilfe im Gesundheitswesen wirklich notwendig erscheint, muss auch über ihre Finanzierung nachgedacht werden. Selbsthilfeverbände brauchen hauptamtliche Mitarbeiter, um das zunehmende Aufgabenspektrum zu bewältigen. Die Selbsthilfe vor Ort wird zumeist ehrenamtlich geleistet, aber auch von einem Ehrenamtlichen, der bereits seine Freizeit einbringt, sollte man nicht verlangen, dass er laufende Kosten (Porto, Telefon etc.) aus eigener Tasche bezahlt. Die Mitgliedsbeiträge sind nicht ausreichend, um die Selbsthilfe komplett zu finanzieren.

Bei der letzten Reform des SGB V wurde der § 20 wieder eingeführt, der die GKV verpflichtet, Selbsthilfeverbände, die Betroffene mit chronischen Erkrankungen vertreten, mit derzeit mindestens 1.- DM pro Versichertem zu unterstützen. Leider lässt die Umsetzung dieser Vorschrift noch sehr zu wünschen übrig. Von den ca. 70 Millionen DM, die im Jahr 2000 ausgeschüttet werden sollten, wurden lediglich 18,57 Mill. ausbezahlt. Die Krankenkassen müssen sich in Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeverbänden bemühen, zu einem transparenten Verteilungsverfahren zu kommen, das Selbsthilfeorganisationen auf allen Ebenen gleichermaßen berücksichtigt. (Der DPWV schlägt vor: 25% zur Förderung von Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene, 25% auf Landesebene, 25% für Selbsthilfekontaktstellen, 25% von regionalen Selbsthilfegruppen.)

Auch sollte in Zukunft neben der projektbezogenen Förderung eine pauschale Förderung erfolgen. Für kleine Gruppen ist es bereits problematisch, die Portokosten für den Versand ihres Angebotes an Interessenten aufzubringen. Größere örtliche Gruppen benötigen die Pauschalförderung zur Abdeckung der Betriebskosten ihrer Beratungsstellen (Miete, Porto, Telefon). Diese sind häufig zu einem wichtigen örtlichen Angebot im Gesundheitswesen geworden. Von der im Verhältnis zur Gesamtzahl der Betroffenen relativ kleinen Zahl der Gruppenmitglieder können solche Kosten nicht allein aus Eigenmitteln aufgebracht werden.

### 3.3 Spezielle Lösungsansätze

#### 3.3.1. Modernisierung der Hilfsmittelversorgung

Die Versorgung der Versicherten generell ist im § 70 SGB V geregelt:

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. (2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

Das gilt auch für die Versorgung mit Hörgeräten. Eine Hörgeräteversorgung ist dann ausreichend, wenn die Schwerhörigkeit des Betroffenen nach dem derzeitigen Stand der Technik bestmöglich ausgeglichen wird und er dadurch in die Lage einer besseren Kommunikationsfähigkeit versetzt wird.

Für den Deutschen Schwerhörigenbund ist eine Festbetragsregelung auf dem derzeitigen Niveau unakzeptabel. Sie ist unsozial und widerspricht dem Gesetz. Sie führt zu einer eindeutigen Fehlsteuerung der Hörgeräteversorgung. Bei der Versorgung schwerhöriger Menschen mit Hörgeräten liegt eine nicht wegzudiskutierende Unterversorgung vor (5), da eine ausreichende Versorgung ohne hohe Zuzahlung nach den derzeit geltenden Festbeträgen nicht gewährleistet ist.

Hoch- und höchstgradig Schwerhörige tragen ihre Hörgeräte im Schnitt 16 – 20 Stunden am Tag. Ohne Hörgeräte sind sie praktisch taub. Digitale Hörgeräte, mit denen sie bei ihrem geringen Resthörvermögen, das unterhalb der Hörschwelle liegt, noch Sprache verstehen sollen, müssen individuell eingestellt werden. Die Ohrpassstücke sind maßangefertigte Produkte, die so dicht abschließen müssen, dass bei der notwendigen hohen Verstärkungsleistung des Hörgerätes Rückkopplungspfeifen vermieden wird. „Für individuell zugerichtete und maßangefertigte Produkte existieren aber“ – nach Aussage von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer vom 05.11.99 – „keine Festbeträge. Die Krankenkassenverbände haben für Hilfsmittel, für die keine Festbeträge festgelegt werden können, mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer Vereinbarungen über Preise zu schließen.“

Für die Versorgung der übrigen Schwerhörigen fordert der Deutsche Schwerhörigenbund indikationsbezogene Leistungsgruppen mit genau definierten Anforderungsprofilen (Qualitätsmerkmalen) je Leistungsgruppe statt der derzeitigen Festbetragsgruppen festzulegen. Die Festbeträge pro Leistungsgruppe sind so festzusetzen, dass sie eine ausreichende, zweckmäßige und in der Qualität gesicherte Versorgung ohne Zuzahlung ermöglichen. Hierbei ist einerseits der Grad der Hörschädigung (Kommunikationseinschränkung) zu berücksichtigen und andererseits der Rehabilitationsgrad nach Hörgeräteversorgung (Kommunikationsstatus) als Qualitätsmerkmal zu erheben.

Der Vertriebsweg für Hörgeräte muss unabdingbar eine vergleichende und gleitende Hörgeräteanpassung vorsehen. Dadurch fällt der direkte Versorgungsweg (Versandhandel, Online), der dies nicht bietet, praktisch aus. Es wäre wünschenswert, wenn die AG 4 des Runden Tisches Leitlinien für die Anpassung von Hörgeräten entwickeln würde, denen eine objektiv nachprüfbare Qualitätsmessung zugrunde liegt (Vgl. 3.3.2.). Generell müsste der Preis für das Hörgerät (Hardware) getrennt werden vom (Dienstleistungs-) Preis der Anpassung, Rehabilitation (Audiotherapie) und der Reparaturen (Software). Eine solche Abrechnungsform käme der geforderten Transparenz im Gesundheitswesen entgegen.

Es sollte aber auch eine Aufgabe der Krankenkassen sein, den Hörgerätemarkt transparent zu machen. Mit zunehmender Transparenz ergibt sich automatisch zunehmender Preiswettbewerb. Innovationen gehen bei einem transparenten Markt in den Preiswettbewerb ein. Für den Nachfrager (Hörgeräteträger) ist es unmöglich, eine eventuelle Vergleichbarkeit einzelner Hörgeräte zu beurteilen. Deshalb kann es nur zu erhöhter Markttransparenz auf dem Hörgerätemarkt kommen, wenn die Krankenkassen sich mit Hilfe von (bei ihnen angestellten) Technikern/Akustikern eine Marktübersicht verschaffen, die sie den Nachfragern (Schwerhörigen, die ein Hörgerät brauchen) zur Verfügung stellen. Auch die Krankenkassen müssten an einer solchen Regelung interessiert sein; sind sie doch ihren Versicherten verpflichtet und nicht den Akustikern, die durch die fehlende Offenlegung der Preisbildung einen Wettbewerb nicht zulassen.

Hilfsmittel sollen zielgerichtet eingesetzt werden (Vorschlag für ein Themenpapier für den Runden Tisch, 2. Leitfrage). Bei Hörgeräten wird nur dann eine Fehlversorgung vermieden (Schubladengeräte), wenn sich – mindestens bei der Erstversorgung mit Hörgeräten – an die Anpassung eine ambulante oder stationäre Audiotherapie anschließt (vgl. 3.1.1.).

### **3.3.2. Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen unter Nutzung evidenzbasierter Medizin (Leitlinien)**

Um die Qualität der medizinischen Versorgung Hörgeschädigter zu sichern bzw. zu steigern, muss einmal die Versorgung des Schwerhörigen durch den HNO-Arzt (und andere Ärzte), zum anderen seine Versorgung mit Hörgeräten betrachtet werden.

Bei der Erstellung von Leitlinien sind nicht nur (wie bei den Leitlinien zu Tinnitus, Schwerhörigkeit ...) rein medizinische Aspekte zu berücksichtigen, sondern es muss die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sichergestellt werden. Entsprechend einer Studie des Royal National Institute for Deaf People (RNID) verlässt jeder 5. Hörgeschädigte die Praxis seines Hausarztes, ohne die Diagnose verstanden zu haben. Andererseits glauben 9 von 10 Allgemeinärzten, erfolgreich mit ihren hörgeschädigten Patienten zu kommunizieren. Eine vergleichbare Studie

in Deutschland gibt es bislang nicht. Das Ergebnis des RNID deckt sich aber mit Beobachtungen des DSB. Der Arzt sollte langsam und deutlich sprechen, das Gesicht dem Patienten zuwenden, damit dieser vom Mund absehen kann; bei notwendigen Wiederholungen darf der Arzt nicht ungeduldig werden. Der bei einem Arztbesuch oft ohnehin schon nervöse Schwerhörige versteht dann gar nichts mehr. Wichtige Dinge sollten aufgeschrieben werden.

Die Qualität der Versorgung eines Schwerhörigen mit Hörgeräten ist dann „gesichert“, wenn seine Hörschädigung den technischen Möglichkeiten entsprechend bestmöglich ausgeglichen wird. Mindestens ebenso notwendig ist eine Rehabilitation der Kommunikationsfähigkeit des Hörgeschädigten (Audiotherapie). Wie das am besten geschieht, kann nicht theoretisch „am grünen Tisch“ von Fachleuten (HNO-Arzt, Akustiker, Kostenträger) entschieden werden, sondern ist nur unter mitentscheidender Einbeziehung (Partizipation) des Betroffenen möglich.

Das bedeutet für die Qualitätssicherung der Hörgeräteversorgung im Einzelfall die unabdingbare Voraussetzung der vergleichenden Anpassung von Hörgeräten. Eine objektive und nachprüfbare Beurteilung der Qualität bei der Versorgung von Schwerhörigen mit Hörgeräten über unterschiedliche Versorgungswege ist nur möglich, wenn Schwerhörige mit vergleichbarem Hörstatus auf unterschiedlichen Wegen mit Hörgeräten versorgt werden. Die Betroffenen müssen dann mittels standardisierter Tests auf ihr Sprachverstehen in Ruhe und im Störlärm hin überprüft werden. Weiterhin muss die Fähigkeit in unterschiedlichen Situationen zu kommunizieren geprüft werden. Hierzu bedarf es einer Überarbeitung der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien. Die Finanzierung sowohl der Erstellung von Leitlinien als auch der Evaluierung der Versorgungswege darf die Ergebnisse nicht beeinflussen. (Als Negativbeispiele können die AOK- und BKK-Studien zur Beurteilung der Qualität der Hörgeräteversorgung angesehen werden.)

### 3.3.3. Integrierte Versorgungsformen

Zum Thema Disease-Management-Programme der Ersatzkassen erklärte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Unabhängig von ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen müssen sich alle Akteure dem unterordnen, was die beste Versorgung der Patientinnen und Patienten ist (integrierte Versorgung).“ Die „Akteure“ bei der gesundheitlichen Versorgung Schwerhöriger und Ertaubter sind neben dem HNO-Arzt und dem Hörgeräteakustiker auch die Audiotherapeuten. Die Bedeutung der Audiotherapie, vor allem im Anschluss an eine Erstversorgung mit Hörgeräten zur Vermeidung von Schublandengeräten, ist bereits unter 3.1.1. dargestellt worden.

Der Deutsche Schwerhörigenbund hat in einem von ihm unter maßgeblicher Beteiligung von Hochschuldozenten entwickelten Curriculum (6) bereits 16 Audiotherapeuten ausgebildet; Mitte 2002 werden es bereits 50 sein. Diese Form der Ausbildung findet bereits in Fachkreisen Anerkennung. Es müsste der Selbsthilfe ermöglicht werden, solche Therapiekonzepte auf Vertragsbasis mit den Krankenkassen umzusetzen, die nicht nur der besseren Versorgung hörbehinderter Menschen

dient, sondern auch einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen darstellt.

### **3.3.4. Zukunft der Versorgung in Krankenhäusern (und Reha-Kliniken)**

Die Arbeitsgruppe 2 wurde vom Runden Tisch im Gesundheitswesen beauftragt, u.a. „ein Konzept ... zur qualitätsgesicherten Leistungserbringung und wirtschaftlichen Versorgung zu entwickeln.“

Für einen schwerhörigen Patienten ist es für seinen Genesungs- bzw. Rehabilitationsprozess unabdingbar notwendig, dass die Kommunikation zwischen ihm und den Ärzten bzw. dem Pflegepersonal gesichert ist (vgl. auch 3.3.2.). Der Deutsche Schwerhörigenbund sieht es als erfreulich an, dass es einzelne Krankenhäuser / Reha-Kliniken gibt, die spezielle Hörgeschädigtenabteilungen aufgebaut haben. Nun ist aber die derzeitige Situation so, dass Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern / Reha-Kliniken Verträge haben. Wenn ein hörgeschädigter Versicherter in einer Krankenkasse ist, die keinen Vertrag mit einer hörgeschädigten-gerechten Klinik hat, so wird er in einer nicht hörgeschädigtengerechten Klinik behandelt. Besonders deutlich wird die Problematik bei kommunikationsintensiven Behandlungsformen (z.B. Psychiatrie). Wenn ein suchtkrank oder depressiver Schwerhöriger bei Gruppentherapie o.ä. teilnimmt, ohne etwas zu verstehen, wird er nach kurzer Zeit seine Behandlung / Therapie frustriert abbrechen. Er bleibt mit seinem Problem allein und unversorgt. Oft wird er als nicht therapierbar eingestuft. Die Solidargemeinschaft hat Behandlungskosten durch inadäquate Rehabilitationsmaßnahmen für Hörgeschädigte „verschwendet“. Für solche Spezialfälle müssen klare Indikationsregelungen geschaffen werden, um die Effektivität der Rehabilitation Hörgeschädigter zu erhöhen.

## **4. Ausblick**

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten hat in dieser Legislaturperiode für chronisch Kranke und Behinderte einen Paradigmenwechsel in Aussicht gestellt: die Wandlung vom Prinzip „satt und sauber“ hin zu mehr Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe auch für diese Personengruppen.

Entscheidungen im Gesundheitswesen eines Staates sind in hohem Maße politische Entscheidungen. Hier müssen sich die Verantwortlichen fragen: Wie viel Ausgrenzung schwerhöriger Menschen kann und will sich ein sozialer Staat leisten?

Der Deutsche Schwerhörigenbund hat im vorliegenden Memorandum aufzuzeigen versucht, dass seine Vorstellungen zu Prävention und Rehabilitation von Hörschädigten in einem modernen Gesundheitswesen sich nicht darin erschöpfen, an eine ohnehin zu schlecht gefüllte Kasse immer neue Forderungen zu stellen. Vielmehr sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Kosten, die an einer Stelle entstehen, zu Einsparungen an anderer Stelle bzw. zu effizienterer Verwendung der Mittel führen können. So will er einerseits die berechtigten Interessen der von ihm ver-

tretenen Behindertengruppe wahren und andererseits der unabdingbaren Forderung nach Wirtschaftlichkeit auch im Gesundheitswesen Rechnung tragen.

**Dr. med Harald Seidler**  
Präsident

**Renate Welter**  
Referat Öffentlichkeitsarbeit

**Quellenangaben:**

- 1) W. Sohn, W. Jörgenshaus „Schwerhörigkeit in Deutschland“, Repräsentative Hörscreening-Untersuchung bei 2000 Probanden in 11 Allgemeinpraxen, Z. All. Med. 2001; 77; S. 143 ff. Hippokrates Verlag Stuttgart
- 2) Die Studie der AOK „Hörgeräte im Wettbewerb – Versorgungswege im Vergleich“ kann über das WidO, Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn, Tel: 0228/843-131, Fax: 0228/843-144, E-Mail: [www.wido.de](http://www.wido.de) bestellt werden. Informationen gibt es auch im Internet unter [www.wido.de](http://www.wido.de).
- 3) Die BKK-Studie „Analyse wettbewerblicher Versorgungswege im Hörhilfenbereich“ ist zu beziehen über den BKK-Bundesverband, Kronprinzenstraße 6, 45125 Essen, Tel: 0201/179-1238, Fax: 0201/179-1017, E-Mail: [medizinprodukte@bkk-bv.de](mailto:medizinprodukte@bkk-bv.de)
- 4) Die kritischen Entgegnungen des Deutschen Schwerhörigenbundes auf die beiden Studien können im Internet abgerufen werden:  
<http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/AKTUELL/STELLUNG>
- 5) „Hörgeräteversorgung in Deutschland – Kritik des DSB am derzeitigen Versorgungsmodell und Vorschläge zur Änderung“ finden Sie ebenfalls im Internet:  
<http://www.schwerhoerigen-netz.de/DSB/AKTUELL/STELLUNG>
- 6) „Audiotherapie – Eine Fortbildung des DSB“, zu beziehen über den Deutschen Schwerhörigenbund e.V., Breite Straße 3, 13187 Berlin, Tel: 030/4754114, Fax: 030/47541116, E-Mail: [dsb@schwerhoerigkeit.de](mailto:dsb@schwerhoerigkeit.de)